VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji do Spraw Kontroli Państwowej (nr 88)**

z dnia 5 czerwca 2018 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji do Spraw Kontroli Państwowej (nr 88)

5 czerwca 2018 r.

Komisja do Spraw Kontroli Państwowej, obradująca pod przewodnictwem posła **Wojciecha Szaramy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli tworzenia map potrzeb zdrowotnych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Zbigniew Józef Król** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Filip Urbański** zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia, **Piotr Wasilewski** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Magdalena Sulikowska** specjalista ds. relacji zewnętrznych Fundacji Onkologicznej Alivia.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Tadeusz Cieśluk** i **Tadeusz Oset** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Dzień dobry państwu, otwieram posiedzenie Komisji do Spraw Kontroli Państwowej. Witam przybyłych gości. Dzisiaj grupie Najwyższej Izby Kontroli przewodniczy pan Piotr Wasilewski, dyrektor Departamentu Zdrowia NIK. Witam pana i współpracowników. Witam pana Zbigniewa Józefa Króla.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia Jakub Adamski:

Pan minister jeszcze nie dotarł. Jest w tej chwili na posiedzeniu drugiej Komisji – Komisji Finansów Publicznych.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Jest jeszcze z nami pan Filip Urbański, dzień dobry panu. Jest też pani Magdalena Sulikowska, specjalista ds. relacji zewnętrznych Fundacji Onkologicznej Alivia. To pani prosiła o zaproszenie na dzisiejsze spotkanie, tak? Jest z nami też pani wiceprzewodnicząca – dzień dobry.

Czy do przedstawionego państwu porządku obrad są jakieś uwagi? Nie ma. Zatem przystępujemy do rozpatrzenia punktu pierwszego, tj. informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli tworzenia map potrzeb zdrowotnych. Referuje prezes Najwyższej Izby Kontroli, a więc proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli Piotr Wasilewski:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Postaram się jak najkrócej przedstawić ustalenia naszej kontroli.

Kontrole NIK w ostatnich latach wskazywały na pogarszanie się dostępu do świadczeń zdrowotnych w wielu regionach kraju spowodowane między innymi kumulacją zasobów systemu ochrony zdrowia jedynie w wybranych ośrodkach. Ponadto struktura świadczeń finansowanych ze środków NFZ jest niekorzystna dla płatnika publicznego z uwagi na duży udział kosztów leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń ogółem – wynosząca około 50%. Świadczy to o nadmiernym diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w trybie hospitalizacji, a tym samym niedostatecznej roli ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W porównaniu z krajami Unii Europejskiej Polska ma jeden z najwyższych współczynników liczby łóżek szpitalnych przypadających na 100 tys. mieszkańców.

Skutkiem nierównomiernego rozmieszczenia zasobów systemu ochrony zdrowia jest pojawienie się obszarów, w których w ogóle nie ma dostępu do niektórych świadczeń, niektórych rodzajów usług medycznych, a wartość wykonanych świadczeń, w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych, wynosi zero. W efekcie dochodzi także do migracji pacjentów. Od wielu lat jej kierunki nie ulegają zmianom. Pacjenci migrują głównie do województwa mazowieckiego, śląskiego, małopolskiego. W mniejszym stopniu – do zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego czy dolnośląskiego.

Dotychczasowe kontrole NIK wykazały także, że świadczeniodawcy podejmowali działania inwestycyjne, np. dokonując zakupu nowoczesnego sprzętu czy prowadząc roboty budowlane, oraz zatrudniali dodatkowy personel medyczny bez rozpoznania potrzeb zdrowotnych, choć w danym regionie działały już inne podmioty lecznicze udzielające tych samych świadczeń. Przekładało się to na stopień wykorzystania dostępnych zasobów, w tym łóżek szpitalnych.

Jednym z narzędzi służących racjonalizacji tak funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej w Polsce mają stać się mapy potrzeb zdrowotnych. Powinny one stymulować rozwój regionalnej i krajowej infrastruktury ochrony zdrowia zgodnie z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. W perspektywie finansowej na lata 2007–2013 obszar zdrowia został zasilony środkami europejskimi w wysokości 4,5 mld zł. W nowej perspektywie finansowej, na lata 2014-2020, kwota ta jest prawie trzykrotnie wyższa i wynosi 12 mld zł. Uruchomienie zarezerwowanych środków zostało jednak uzależnione od podjęcia prac nad przebudową systemu ochrony zdrowia, w tym między innymi właśnie od opracowania map potrzeb zdrowotnych.

Szanowni państwo, głównym celem podjętej przez NIK kontroli była ocena rzetelności sporządzania map potrzeb zdrowotnych w kontekście możliwości pozyskania środków z Unii Europejskiej na ochronę zdrowia. Zwracaliśmy także uwagę na to, czy minister zdrowia stworzył odpowiednie warunki organizacyjne dla prawidłowego tworzenia map; czy w procesie tym opierano się na rzetelnych i zweryfikowanych danych, a także, czy prawidłowo gospodarowano środkami przeznaczonymi na ten cel. Przeprowadziliśmy kontrolę w Ministerstwie Zdrowia, ale pozyskaliśmy informację także z innych źródeł. Przede wszystkim z Ministerstwa Finansów i Ministerstwem Rozwoju, Narodowego Funduszu Zdrowia, od wojewodów, marszałków województw, z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, a także Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

W badanym okresie, a przypomnę, że kontrolowaliśmy działania obejmujące lata od 2014 do pierwszej połowy 2017 r., Ministerstwo Zdrowia terminowo opracowało 532 mapy potrzeb zdrowotnych w ujęciu ogólnopolskim i dla każdego województwa, w tym: w zakresie kardiologii –17 map, onkologii – 17, w zakresie lecznictwa szpitalnego – również 17 oraz w zakresie 32 wybranych chorób – w sumie 481 map.

Stwierdziliśmy, że dotychczas opublikowane mapy zawierały szereg nierzetelnych danych dotyczących zjawisk epidemiologicznych, a także zasobów systemu ochrony zdrowia. Obniżało to ich przydatność jako narzędzia wspierającego podejmowanie kluczowych decyzji zarządczych w systemie ochrony zdrowia, w tym zakresu inwestycji. Przyczyną tych nieprawidłowości była przede wszystkim nieaktualność i niekompletność danych zawartych w niektórych rejestrach. W przypadku części rejestrów autorzy map w ogóle zrezygnowali z ich wykorzystania. Dotyczyło to np. ogólnopolskiego rejestru ostrych zespołów wieńcowych. Z kolei w przypadku danych zamieszczonych w krajowym rejestrze nowotworów koniecznie stało się dokonywanie szacunków. Ponadto, analizy opracowywano na podstawie informacji pochodzących z okresów znacznie wcześniejszych, a także sprawozdawczości podmiotów leczniczych, która – jak wykazują kontrole NIK – w niektórych obszarach zawiera nierzetelne dane. W analizowanych mapach w zakresie lecznictwa szpitalnego brakowało również wartości współczynnika zapadalności w poszczególnych powiatach i województwach na terenie kraju, co było niezgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych.

Pomimo wyżej wskazanych wad regionalnych map potrzeb zdrowotnych wdrożono system IOWISZ służący ocenie wniosków inwestycyjnych podmiotów leczniczych. Posia-

danie pozytywnej opinii o celowości inwestycji było warunkiem koniecznym do uzyskania współfinansowania ze środków europejskich dla projektów inwestycyjnych w zakresie lecznictwa szpitalnego oraz ambulatoryki specjalistycznej. Jednak ze względu na nieaktualność danych zawartych w regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych bądź występujące w nich błędy, niektórzy wojewodowie, opracowując priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, wykorzystywali inne zasoby informacyjne. Należy również zauważyć, że regionalne mapy potrzeb zdrowotnych nie miały wpływu na określenie podmiotów, które weszły w skład podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli tzw. sieci szpitali. Została ona bowiem ustalona na podstawie określonych przepisami kryteriów formalnych, a nie przewidywanych przyszłych potrzeb zdrowotnych wynikających z map.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny nie monitorował aktualności map potrzeb zdrowotnych i nie przekazywał ministrowi zdrowia wyników ich monitorowania. Obowiązek w tym zakresie wynikał z art. 95a ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Z kolei minister zdrowia, w ramach sprawowanego nadzoru, nie występował do instytutu o udostępnienie wspomnianych wyników.

Z opóźnieniem realizowano projekt bazy analiz systemowych i wdrożeniowych. Ministerstwo Zdrowia samodzielnie wydłużyło o rok, do końca 2019 r., termin realizacji projektu, uzyskując na to zgodę instytucji zarządzającej, czyli Ministerstwa Rozwoju, dopiero w trakcie kontroli NIK. Minister zdrowia nie zapewnił również pełnego wsparcia ekspertów zewnętrznych współpracujących w grupach roboczych przy tworzeniu map o kwalifikacjach przewidzianych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego. Skutkowało to realizacją prac przez pracowników Ministerstwa Zdrowia nieposiadających kwalifikacji, jakie określono dla ekspertów.

W okresie od początku 2014 r. do 30 czerwca 2017 r. pracownicy Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia wypracowali łącznie prawie 6300 godzin nadliczbowych. W 2016 r. nie rozliczono ponad 3100 godzin nadliczbowych, które zostały wypracowane przez 34 pracowników wspomnianego departamentu, co było niezgodne z ustawą o służbie cywilnej oraz regulaminem pracy ministerstwa. Ponadto w 2016 r. 12 pracowników przekroczyło limit 150 godzin nadliczbowych, co naruszyło art. 151 § 3 Kodeksu pracy oraz regulamin pracy ministerstwa. Sytuacja ta jednak uległa istotnej poprawie w 2017 r. Do 30 września liczba nierozliczonych godzin nadliczbowych była niższa o 88% w porównaniu z 2016 r., a żaden z pracowników nie przekroczył limitu godzin nadliczbowych.

Poseł Ryszard Wilczyński (PO):

Przepraszam, panie przewodniczący, ale my mówimy o mapach potrzeb zdrowotnych, a nie o nierozliczonych godzinach. Szkoda na to czasu. To są zupełne poboczności.

Dyrektor Departamentu Zdrowia NIK Piotr Wasilewski:

Już kończę. Szanowni państwo, formalne spełnianie warunków wymaganych przez Unię Europejską polegające na opracowaniu map potrzeb zdrowotnych oraz dokonywanie na ich podstawie inwestycji w systemie ochrony zdrowia współfinansowane ze środków europejskich nie daje gwarancji przebudowy systemu ochrony zdrowia zgodnie z przewidywanymi potrzebami ludności. Aby tak się stało, mapy potrzeb zdrowotnych muszą bowiem opierać się na w pełni rzetelnych danych – tak, aby mogły stanowić podstawę do planowania finansowania świadczeń. Tymczasem rejestr i systemy teleinformatyczne wykorzystywane w ochronie zdrowia w wielu przypadkach nie zawierają aktualnych informacji i wiarygodnych danych. NIK zwraca uwagę, że bez poprawy w tym obszarze mapy potrzeb zdrowotnych będą w ograniczonym zakresie odzwierciedlały rzeczywiste potrzeby ludności i służyły kreowaniu polityki zdrowotnej państwa.

Za szczególnie istotne zadanie należy również uznać proces aktualizacji map. Na podstawie map mają być bowiem ustalane priorytety regionalnej polityki zdrowotnej, a także plany zakupu świadczeń i oceniana zasadność planowanych inwestycji. Najwyższa Izba Kontroli wskazała również na konieczność podjęcia działań w celu dostosowania treści map potrzeb zdrowotnych do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r.

w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych oraz zapewnienie monitorowania aktualności map przez Instytut Zdrowia Publicznego. Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Wydaje się, że ktoś z Ministerstwa Zdrowia powinien się ustosunkować do tej informacji.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Józef Król:

Panie przewodniczący, Zbigniew Król, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Byłem na posiedzeniu innej Komisji, nie zdążyłem tutaj dobiec. Mamy prezentację odnoszącą się do map potrzeb zdrowotnych, jeżeli można prosić.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Najpierw ogólnie, bo jest tutaj wasze stanowisko do tej informacji. Czy państwo z tą informację generalnie się zgadzacie czy nie? Czy też macie uwagi do poszczególnych punktów?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:

Jeżeli mogę prosić o prezentację. Panie przewodniczący, wydźwięk…

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Potem przejdziemy do szczegółów, tylko najpierw, żebyśmy mieli wasze ogólne stanowisko. Były zastrzeżenia?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:

Tak, mieliśmy zastrzeżenia dotyczące rozwiązań szczegółowych, do których chciałem się odnieść w prezentacji. Natomiast sam projekt map potrzeb zdrowotnych jest na tyle nowy w polskim systemie, bo robiony pierwszy raz, że prawdopodobnie oczekiwania – łącznie z tymi instytucji kontrolnych – w stosunku do możliwości zostały, że tak powiem, rozjechane.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Były nadmierne może, a nie rozjechane.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:

My również ambitnie podeszliśmy do projektu map, szczególnie z tego powodu, że jak przywołane już rozporządzenie z 2015 r… Ono odnosiło się do tworzenia określonych priorytetów zdrowotnych, szczególnie inwestycyjnych, w kontekście wydatkowania środków unijnych. Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, to chciałbym w tej prezentacji udokumentować to podejście oraz odnieść się do uwag ogólnych. O szczegóły poproszę dyrektora Departamentu Analiz i Strategii, który będzie uzupełniał w momencie, kiedy taki punkt nastąpi.

Sam pomysł na tworzenie map potrzeb zdrowotnych był realizowany i konsumowany w ramach dwóch projektów. Wskazana instytucja, czyli Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, jeszcze w 2015 r. jak gdyby nie gwarantowała sukcesu w tym, że mapy potrzeb zdrowotnych powstaną. Jest to bowiem instytucja – czy też była to instytucja, bo w tej chwili się to zmienia – prowadząca głównie informacje epidemiologiczne. Zatem w części epidemiologii i zapadalności, która była wykazana, że czegoś tam nie analizujemy – to jest właśnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, czyli PZH. Natomiast z konieczności tworzenia map potrzeb zdrowotnych wynikała decyzja, że nie będzie możliwości użycia środków inwestycyjnych w systemie ochrony zdrowia, jeżeli środki te nie będą odniesione do map potrzeb.

Oprócz poddanego kontroli projektu, któremu poświęcone jest dzisiejsze spotkanie, drugim elementem map potrzeb zdrowotnych dla decyzji inwestycyjnych jest tzw. projekt „IOWISZ", który ustawowo przeszedł już przez parlament. Rozporządzenia nowelizujące cały ten projekt są przygotowywane. „IOWISZ", czyli instrument oceny wniosków inwestycyjnych na poziomie województwa i centrali, został użyty już przy okazji tworzenia nowych planów inwestycyjnych od 2016 r.

Na projekt map potrzeb łączny budżet wynosi 40 000 tys. zł, zespół był łącznie 105-osobowy. Fluktuacje się zmieniały, między innymi dlatego, że – jak zostało wykazane – szczególnie w 2016 r. ogromna ilość pracy porządkującej, analitycznej musiała

być realizowana przez pracowników. Przez dwa lata zorganizowano 840 spotkań grup roboczych, w których brało udział ponad 100 ekspertów klinicznych. Dodatkowo wyniki analiz przedstawiono niemal 1500 przedstawicielom środowiska w ramach 80 paneli konsultacyjnych.

Mapy potrzeb zdrowotnych były konsultowane z wojewódzkimi radami ds. potrzeb zdrowotnych oraz z konsultantami krajowymi. Dzięki temu projektowi stworzyła się sieć osób, zespołów w poszczególnych województwach, ale również we współpracujących z centralą w liczbie przekraczającej – z tego, co pamiętam – 3000 osób, które są zaangażowane w proces tworzenia priorytetów na bazie map potrzeb zdrowotnych.

Ustawa przewiduje publikację 34 map do 2021 r. Do tej pory opublikowaliśmy 790. Są to mapy projektowe w poszczególnych województwach dla poszczególnych rozwiązań. To, co wskazuje nam ustawa, to mapy w zakresie lecznictwa szpitalnego. One pierwszą edycją były jeszcze w 2016 r. Dotyczyły onkologii i kardiologii. Było to poddane dość mocnej krytyce środowiska, ale niezależnie od tej krytyki, sam departament również podjął próby modyfikacji, które zmaterializowały się w 2017 r. Bowiem mapy, które były publikowane na koniec ubiegłego roku, zawierają nie tylko dane dotyczące poszczególnych obszarów wskazywanych w mapach potrzeb, ale również rekomendacje co do konieczności wytworzenia podstaw polityki regionalnej w poszczególnych województwach. Mapy z grudnia 2017 r. były poddane szerokim konsultacjom przez służby wojewodów po to, żeby charakter, na który zresztą wskazuje kontrola NIK, był uzyskany.

W latach 2019–2021będą dodatkowe mapy w leczeniu szpitalnym. Etap po etapie poprawiamy dane. W 2016 r. publikacja dotyczyła danych z 2013 r., w 2017 r. – kompleksowych, ale dalej z 2013 r. Mapy, które zostały opublikowane w maju tego roku, zawierają już dane z 2016 r. Widzimy elementy poprawy jakości danych. Zgadzamy się kontrolerami z Najwyższej Izby Kontroli, że jakość danych jest przede wszystkim tym elementem, który powinniśmy poprawiać, jeśli chodzi o pozyskiwanie informacji, służących w końcu decyzji. Natomiast dlaczego jakość wygląda tak jak wygląda – to będzie jeszcze do omówienia.

Pierwsze mapy przygotowane przez rady wojewódzkie w 2020 r. oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH – to jest ten element, w który w zasadzie od zeszłego roku włączamy instytucję pierwotnie wskazywaną do tworzenia map potrzeb, jednak w 2016 r. niemogącą sobie poradzić z tym zagadnieniem. Natomiast te finansowane ze środków europejskich – to oczywiście, tak jak wynika to z umieralności Polaków. Umieramy głównie na choroby krążenia oraz powikłania chorób nowotworowych. Zatem onkologia i kardiologia zawsze będą na pierwszym miejscu do czasu, kiedy sobie nie poradzimy…. Nie tylko w Polsce, bo w krajach wysokorozwiniętych to też są główne przyczyny zgonów. Przyczyny, które wyeliminowaliśmy przez lata, dzięki Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – PZH, to przyczyny wynikające np. z chorób zakaźnych. W Polsce są one na tym samym poziomie, co w krajach zachodnich. W związku z tym, jak państwo widzicie, tego nie dotykamy. W grudniu – lecznictwo zamknięte w 30 grupach chorób oraz podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna w 15 grupach chorób. Również pozostałe grupy w 2017 r. w ramach POZ i AOS.

Aktualizacja map dla tych 32 grup będzie się odbywała cyklicznie w latach 2018–2021 z danymi, które chcemy już pozyskiwać nie tylko z NFZ. Pierwsza publikacja dotyczyła w zasadzie tylko tych elementów oraz ewentualnie GUS-u. Nie tylko z rejestrów, które były wskazane i również krytycznie ocenione. Bowiem rejestry, które były tutaj wymienione, są głównie rejestrami epidemiologicznymi. Zatem chodzi o przyczyny zapadalności, chorobowości, natomiast nie te, które potrzebne są do tworzenia priorytetów zdrowotnych.

Jak zapoznaliśmy się z raportem, to nawet, szczerze powiem, byliśmy stosunkowo zadowoleni, ponieważ – po pierwsze – w ocenie ogólnej Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia podjęcie przez ministra zdrowia prac nad krajowymi i regionalnymi mapami potrzeb. Dodatkowo, co też nieczęsto się zdarza, kontrolerzy zauważyli zaangażowanie pracowników oraz organów współpracujących. Natomiast w dalszej kolejności padły konkretne zastrzeżenia, do których mamy uwagi. Były one jednak wynikiem analiz, nie pierwszym wydźwiękiem, a przekaz medialny, który mnie samego spotkał po publika-

cji – nie pamiętam, dwa lub trzy tygodnie temu – dotyczył tego, że mapy są w ogóle nie do zaakceptowania. Dlatego pozwoliłem sobie podkreślić pierwsze zdanie o pozytywnym wyniku.

Teraz odniosę się do tych elementów. Chodzi o nierzetelne dane. Na podstawie systemu statystyki publicznej, w którym funkcjonujemy, oraz informacji, jakimi posiłkujemy się w mapach potrzeb zdrowotnych z Narodowego Funduszu Zdrowia, cały element statystyki publicznej jest możliwy dopiero w następnym roku po roku obrachunkowym. Zatem, jeżeli potrzebujemy z GUS-u danych za teraz, to możemy dostać je rzetelne, niestety również zdrowotne, w 2020 r. To są ograniczenia, które napotkaliśmy jako instytucja budująca projekt w 2016 r. Z tymi ograniczeniami radzimy sobie o tyle, że zdecydowanie więcej informacji pozyskujemy, generalnie analizujemy. Jeśli chodzi o NFZ, to są informacje bieżące. NFZ w swojej statystyce informacji medycznych jest w stanie nam raportować miesiąc po okresie rozliczeniowym. Zatem dane ze stycznia jesteśmy w stanie z NFZ uzyskać w miarę rzetelne – bo nie są w pełni – na początku kwietnia. Jest więc element takiego opóźnienia, jeśli chodzi o te dane.

Nie ma innych danych w polskim systemie opieki zdrowotnej, ale też w systemie publicznym poza tymi, które są tutaj wymieniane. Widząc ten problem, w zeszłym roku podjęliśmy decyzję, którą w tym roku rozpoczynamy. Chodzi o to, aby do danych pozyskiwanych na potrzeby map potrzeb zdrowotnych uruchomić dane dotyczące zapadalności i chorobowości, zbierane w POZ specjalnie dedykowanym grupie instytucji zajmujących się podstawową opieką zdrowotną, które będą prześwietlane on-line. Chcemy tę informację mieć na bieżąco. To jest jeden element.

Drugim elementem, który chcemy zmodyfikować, zweryfikować, jest system określania wyników zgonów. Jeżeli popatrzymy na przyczyny śmierci, to po analizowaniu przez nas, niekoniecznie związanym z kontrolą Najwyższej Izby Kontroli, mamy sytuację, że w szpitalach (połowa Polaków umiera w szpitalach) pojawia się taki wskaźnik, że 67% przyczyn zgonów to było zatrzymanie akcji serca. To jest dana czyszcząca analizę. Trochę epidemiologicznie, statystycznie chciałbym państwu przedstawić problem. To jest informacja, która po prostu określa, czy dane są rzetelne. Można bowiem z tego wywnioskować, że 67% z nas umiera z powodu zatrzymania akcji serca, ale wtedy wynikałoby, że 33% ma rozpoznanie zgonu z bijącym sercem, co jest oczywiście kuriozalne. Dane czyszczące po prostu u nas…

Poseł Ryszard Wilczyński (PO):

Nie czyszczą.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:

…nie czyszczą. Chcemy zmienić program całości weryfikacji zgonów.

Trzecim elementem jest to, że chcemy dotrzeć… Nie zostało to wykazane przez Najwyższą Izbę Kontroli, ale sami wiemy, że jest grupa Polaków niekorzystających ze świadczeń, a *de facto* owe potrzeby zdrowotne odnoszą się tylko do tych, którzy korzystają ze świadczeń. Tę sytuację chcielibyśmy zmienić. To jest ten element.

Uwagi i wnioski odnoszą się do jakości danych z rejestrów, a nie jakości samych map. Rejestrów w Polsce mamy w tej chwili 31. Tych 31 to rejestry, które były budowane – można powiedzieć – przez pokolenia osób bardzo zaangażowanych w dokumentowanie własnych zdarzeń. Przykładem największej determinacji jest onkologia w Polsce. Bez wsparcia, zachęt i pomocy *de facto* powstały rejestry, które są publikowane corocznie, ale one dalej są epidemiologiczne. Brakuje nam części dodatkowej, której chcielibyśmy w mapach. Tym tematem zajmujemy się od tego roku w ramach Departamentu Analiz i Strategii. Będziemy modyfikowali te rejestry. Pierwsze, które zostaną opracowane w formule zarówno epidemiologicznej, jak i jakościowej, będą dotyczyły onkologii, następne – kardiologii. Zatem jakość danych również ulegnie w moim przekonaniu zdecydowanej poprawie.

Zawartość map zmienia się wraz z dostępnością realizowanych danych – tak to jest. Można to traktować jako zarzut, ale w systemie pozyskiwania informacji dane te będą różne. Jak w swojej karierze prowadziłem szpitale, to pamiętam, w jaki sposób dane ulegają zmianie, np. pod wpływem modyfikacji kontraktowych; jak zmieniają się dane

kosztowe, jeżeli zdecydowaliśmy się na podniesienie wynagrodzeń pracowników, czyli mamy dane z 2017 r., ale już nieuwzględniające wynagrodzeń z 2018 r. W związku z tym tego typu elementy zawsze będą. Nie chciałbym traktować tego jako zarzutu, który będzie żył w obrocie publicznym.

Tutaj nie mogę tak do końca się zgodzić z tymi tezami. Chodzi o to, że nie umożliwiają kompletnej identyfikacji potrzeb ludności województwa, ani potrzeb w ogóle. Za chwilkę powiem jeszcze na temat potrzeb.

Jednak ten rysunek czy diagram po prawej stronie, który państwo widzicie, odnosi się już do map z 2017 r., publikowanych w grudniu, czyli nieobjętych elementem kontroli. W ten sposób jednak, jeżeli takie informacje otrzymają służby wojewody w sposób zweryfikowany, to jestem przekonany, że są w stanie określić priorytety. Tak jak w słupkach na górze, nie widzę stąd, co jest tam dokładnie napisane, ale są to obszary dyscyplin medycznych, w których inwestycje bądź też uwaga powinny być skoncentrowane. Jesteśmy to w stanie przygotować dla każdego z regionów.

Jest to pierwszy element procesu, wnioski są wyciągane w sposób, że tak powiem, kolejny. Tutaj jest przykład używania informacji od nas. Z województwa mazowieckiego mamy określoną uchwałę. Przy okazji wydatkowania środków w ogóle w Polsce w okresie do, jak rozumiem, grudnia ubiegłego roku było 1448 złożonych wniosków na inwestycję przekraczających kwotę, z tego, co pamiętam, miliona złotych, tak?

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Jakub Adamski:
Łącznie 25 mld zł…

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:
Ale wnioski poniżej miliona nie były składane, tak? 219 wpłynęło do ministra zdrowia. To też jest *novum*, które do tego czasu nie było stosowane, bo to jest program IOWISZ. Łącznie na te wnioski było 25 mld zł. Macie państwo podział, pokazujący, w jaki sposób zostały one dofinansowane środkami unijnymi – w kwocie trochę ponad jedna trzecia.

W moim przekonaniu w bardzo rzetelny sposób mieliśmy od momentu powstania map, czyli od 2016 r., decyzje na poziomie regionów o konkretnych inwestycjach – zarówno, jeśli chodzi o budynki, czyli remonty i utrzymywanie tej struktury, jak i sprzęt, który był kupowany w kwocie ponad milion złotych. W taki sposób, żeby odejść od sytuacji, którą wciąż jeszcze mamy, czyli kolejnych np. bloków operacyjnych w tym samym miejscu, kolejnych sprzętów, które po prostu potem są niewykorzystywane.

To jest, jak było wskazane, początek procesu, ale uważam, że po dwóch latach jest to i tak zdecydowanie pozytywny i duży wpływ na te inwestycje. Jest to realizowane zgodnie z planem; wszystkie elementy związane z projektem, również, wspomniane tutaj w formule krytyki – przesunięcie bazy danych. Wynikało ono z jakości danych. Jakość danych nie pozwalała nam na uruchomienie czegoś, na podstawie czego nie jesteśmy w stanie podać precyzyjnie określonych informacji. Stąd też owe trzy elementy, o których wspomniałem wcześniej.

Jak państwo widzicie, środki unijne też są niezagrożone. Zarówno dzięki mapom, jak i systemowi IOWISZ będą one wykorzystane dla dobra pacjentów, dla dobra wszystkich mieszkańców, którzy po prostu korzystają ze świadczeń medycznych. Wszystkie założone wskaźniki zostały do tej pory zrealizowane. Nie ma przeszkód w najbliższej przyszłości. Dodajemy sobie dodatkowe elementy, jak państwu mówiłem. Jest certyfikacja wydatków przez Komisję Europejską i kontrolowanie projektu zarówno przez instytucje rządowe, jak i unijne. Mamy szereg pozytywnych wyników. Mało tego, projekt ten był przedstawiany, z tego, co pamiętam, w ubiegłym roku jako jeden z kluczowych i pozytywnych projektów wraz z gratulacjami dla naszego ministerstwa i zespołu, który go opracowywał.

Tutaj chwileczkę, ale jest to prawdopodobnie wynik naszego nieporozumienia. Chodzi o publikację dość odległą w czasie, jak państwo widzicie, chodzi o 1998 r. Jednak od tego momentu niewiele więcej w obszarze priorytetów zdrowotnych zostało opublikowane. Może poza takim, z którego sam jestem szczególnie dumny, bo brałem udział w tym zespole, czyli potrzeby zdrowotne z 2002 r. czy 2003 r.

To publikacja w formule określenia potrzeb. Jak państwo widzicie, profesor Wright zadał sobie trud rozdzielenia pewnego rodzaju obszarów. Po pierwsze, na potrzeby w rozumieniu potrzeb, które są obiektywnie określone i to najczęściej nie przez pacjenta. To, co pacjent podaje, to są pewnego rodzaju oczekiwania, czyli coś takiego, czego chcielibyśmy od systemu, ale niekoniecznie w kontakcie z profesjonalistą. Nasze potrzeby wpływają na nasze zdrowie – to czego, byśmy chcieli, po drugie – to, co jest świadczone jako usługi przez różnego rodzaju podmioty. Jeżeli popatrzymy na cały ten projekt, jak przypominam, projektowany i planowany w 2015 r. dla nowego horyzontu czasowego, to większa część problemów przedstawianych przez kontrolerów Najwyższej Izby Kontroli dotyczy elementu związanego z tym, że w znacznej mierze na początku skoncentrowaliśmy się na usługach świadczonych przez podmioty, czyli na elemencie świadczeniodawców. Chodzi o coś takiego, o czym w tej chwili już wiemy. W tym roku będzie pierwsza publikacja w dużym zakresie, w której po prostu obejmiemy trzy zbiory, tak aby elementy te były robione.

Chciałbym Wysokiej Komisji zostawić takie rozumienie, że po prostu potrzeby obiektywne nie są tym samym, co oczekiwania. Nie są też tym samym, co system dostarcza jako liczbę świadczeń. To pewnie musimy wszyscy zapamiętać. To jest takie nasze przekonanie. Może z lekkim żalem czy rozczarowaniem przeczytaliśmy doniesienia medialne, ale też informacja na stronie Najwyższej Izby Kontroli przedstawiana w formie prezentacji odnosi się jedynie do zastrzeżeń. Rozumiem, że jest to ta prezentacja, którą pan przedstawiał. Nie chciałbym zostawiać tego w takiej formule z tego względu, że jak państwo widzicie to duży potencjał i dużo osób, duża grupa ekspercka bardzo wiele pracy poświęciły na to, aby mapy potrzeb zdrowotnych, które są teraz publikowane, wyglądały tak jak wyglądają – z elementami poprawy.

Panie przewodniczący, jeżeli można, to poprosiłbym dyrektora Adamskiego o szczegółowe odniesienia.

Poseł Ryszard Wilczyński (PO):

Mam propozycję. Zanim szczegóły, to może się wypowiemy trochę na ten temat, żeby była jakaś dyskusja, bo zaraz ugrzęźniemy w szczegółach, a potem pobiegniemy na posiedzenia innych komisji.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Panie ministrze, wobec takiej szczegółowości pana informacji i zasadniczej rozbieżności z informacją Najwyższej Izby Kontroli, dobrze byłoby pokusić się o przedstawienie jej w formie dokumentu – czy to mailowego czy papierowego. Informacje były bowiem bardzo szczegółowe.

Mam pytanie do przedstawicieli NIK. Proszę dać przykład najbardziej jaskrawej i oczywistej nierzetelności waszym zdaniem.

Dyrektor Departamentu Zdrowia NIK Piotr Wasilewski:

Zawsze jest kwestia dyskusji, na ile za nierzetelność danych w rejestrach czy sprawozdaniach odpowiada tworzący mapy. To, że te nierzetelności istnieją, potwierdził pan minister.

Ostatnia kwestia to np. kwestia zakażeń szpitalnych, które w mapach potrzeb zostały zidentyfikowane na podstawie sprawozdania MZ-29. Tymczasem, jak wynika z ustaleń naszej kontroli, 56% szpitali w Polsce w sprawozdaniach MZ-29 nie wykazuje żadnych zakażeń szpitalnych, co jest absolutnie informacją nierzetelną i nieprawdziwą.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Jeszcze raz?

Dyrektor Departamentu Zdrowia NIK Piotr Wasilewski:

56% wszystkich szpitali w Polsce, które przesyłają sprawozdania MZ-29 do Ministerstwa Zdrowia, do Centrum Systemu Informacyjnych Ochrony Zdrowia, nie wykazuje faktu zakażeń szpitalnych, chociaż na terenie tych szpitali dochodzi do takich zakażeń. Jak weźmiemy wyniki naszych kontroli dotyczących zakażeń szpitalnych, okaże się, że 40% wszystkich tych sprawozdań było sporządzanych z błędami. Niektóre szpitale w ogóle nie prowadziły rejestru zakażeń szpitalnych, mimo że na terenie szpitali występowały

zakażenia. I właśnie sprawozdania MZ-29 były wykorzystane przez autorów map jako źródła danych na temat zakażeń szpitalnych.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):
Czy mógłby się pan do tego ustosunkować?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:
Poproszę pana dyrektora.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Jakub Adamski:
Oczywiście, że możemy się ustosunkować. Jakub Adamski, Departament Analiz i Strategii.

Proszę państwa, oczywiście, że możemy się ustosunkować. To jest element, o którym powiedział już pan minister. Pan z NIK zaczął mówić o tym, na ile my możemy wpłynąć na to, co się dzieje, na rejestry, które mamy. Publikujemy… Decyzja, która zapadła z naszej strony…

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):
Powiedziałem tak może na okrągło, czy może się pan do tego ustosunkować.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Jakub Adamski:
Mogę.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):
Teraz pana zapytam: proszę pana, czy w danych przekazywanych ze szpitali były dane dotyczące zakażeń wewnątrzszpitalnych czy nie?

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Jakub Adamski:
Dane, które były przekazywane, to są właśnie te wskazane przez pana z NIK i one zostały wykorzystane.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):
Pan mówi, że nie były przekazywane, że nie było takich danych.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Jakub Adamski:
Nie, pan mówi o jakości przekazywanych danych, o jakości wypełnianych MZ – sprawozdań statystyki publicznej. Zdajemy sobie sprawę…

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):
Czyli były przekazywane dane, że żadnych zakażeń nie ma, tak?

Dyrektor Departamentu Zdrowia NIK Piotr Wasilewski:
Tak – w 56% szpitali w Polsce.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):
Że nie ma? Pan uważa, że te dane są nierzetelne?

Dyrektor Departamentu Zdrowia NIK Piotr Wasilewski:
Tak.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):
Na jakiej podstawie pan tak uważa?

Dyrektor Departamentu Zdrowia NIK Piotr Wasilewski:
Chociażby na podstawie wyników naszej kontroli, która wykazała, że 40% sprawozdań w kontrolowanych jednostkach było prowadzonych w sposób nierzetelny. Niektóre szpitale, które miały zakażenia, w ogóle nie prowadziły rejestru zakażeń szpitalnych, nie wykazywały ich. System monitorowania i raportowania zakażeń szpitalnych w Polsce nie jest rzetelny. Nie przekazuje prawdziwych danych na temat skali zjawiska.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Jakub Adamski:
Proszę zrozumieć pewną rzecz: my nie dyskutujemy z kwestią rzetelności czy nierzetelności danych. Mamy świadomość, że one takie są. Publikujemy jedyne dostępne dane, zbierane w określony sposób, mając świadomość ograniczeń tych danych. Wiedząc, że MZ-29 ma nierzetelne dane, możemy podjąć co najwyżej decyzję, że nie publikujemy niczego.

Decyzja, jaka zapadła po naszej stronie, była taka, że opublikujemy te dane. Jeżeli bowiem podmioty będą widziały, co się dzieje i co pokazują te dane, dane te staną się publiczne, podmioty będą miały możliwość, korzystając z innych procesów, które pojawiają się w tej sytuacji, czy np. będą o to zadawały pytania, będzie się do tego odnosił później NIK, Narodowy Fundusz Zdrowia przy kontraktowaniu czy minister zdrowia… Będziemy mieli wskazane sytuacje nieprawidłowe i w przyszłości mamy szansę na poprawę tych danych.

Jeżeli nie opublikujemy tych danych, niestety nie ma takiej szansy, nie mamy żadnego wpływu na to, jak są one raportowane. Mówimy o systemie statystyki publicznej, który działa w pewnym oderwaniu, mimo wszystko, od Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie, że my określamy, co ma być sprawozdawane, ale cały system statystyki publicznej jest niestety rozproszony, wiązany w jednym miejscu – w Głównym Urzędzie Statystycznym.

W tej sytuacji to, co najlepszego mogliśmy zrobić, to wykorzystanie istniejących danych, przy pełnej świadomości ich ograniczeń. Zatem nie dyskutujemy z faktem nierzetelności pewnych źródeł danych. To jest powód, dla którego – jak wspomniał sam pan kontroler z NIK – musieliśmy np. rezygnować z tego, żeby widząc pewne dane, nie publikować ich, ponieważ nie byliśmy w stanie wyciągać wniosków albo były one sprzeczne z innymi danymi, które uważaliśmy, że posiadają… To jest powód, dla którego mapy potrzeb zdrowotnych wymagają tak wielkiej pracy. Stąd dosłownie setki ekspertów, konsultantów, stąd zespół trzydziesto- czy czterdziestoparoosobowy po naszej stronie – żeby uporządkować dane.

Pierwszym etapem procesu jest najpierw uporządkowanie tego, co jest dostępne w systemie. Stąd, jeżeli np. był zarzut o wydłużanie czasu projektu po naszej stronie, to było to powiązane z tym, żeby zająć się kolejnymi obszarami, w których będziemy musieli poprawić dane. Chodzi np. o infrastrukturę do projektu. To nie zostało zrobione na zasadzie „wydłużamy projekt tylko po to, żeby później opublikować bazy czy zrobić cokolwiek innego". Projekt został wydłużony z dodaniem nowym zadań tak, żebyśmy mogli osiągnąć nowe efekty. W 2015 r. nie byliśmy w stanie przewidzieć pewnych rzeczy, które zobaczyliśmy w czasie trwania projektu – jak wygląda rzeczywista jakość danych, jakich danych nam brakuje, jakie dane będą potrzebne do tego, żebyśmy mogli szerzej patrzeć na potrzeby zdrowotne.

Powody, dla których modyfikujemy ten projekt, bo zmodyfikowaliśmy go raz – wydłużając go do 2019 r.… Pan minister sam mówił, że będziemy prawdopodobnie ponownie wydłużali projekt. Będziemy dodawali nowe elementy, o których wspomniał pan minister, czyli przejście w kierunku patrzenia na podaż świadczeń, ale też popyt, czyli tak naprawdę na to, czego oczekują pacjenci. To są wszystko elementy, w których trzeba zebrać dane. Tych danych w systemie na chwilę obecną nie ma.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Proszę mi jeszcze powiedzieć taką rzecz. Ustawa przewidywała sporządzenie 34 map, a wy zrobiliście 790.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Jakub Adamski:

Tak, dokładnie.

Ustawa przewidywała 17 map w 2016 r. i kolejnych17 map w 2018 r., które opublikowaliśmy 30 maja, w ostatnim czasie. To są wszystkie mapy, o których mówi ustawa. Pozostałe mapy zostały stworzone w ramach projektów finansowanych ze środków Unii Europejskiej i w ramach tych projektów my się cały czas uczymy. Jeżeli mamy zarzut niezgodności z rozporządzeniem ministra zdrowia, to powiem, że ta niezgodność z rozporządzeniem wynika z tego, że mapy są *de facto* o wiele szersze niż rozporządzenie. W którymś momencie musimy więc nadgonić z rozporządzeniem i opublikować rozporządzenie, które będzie zawierało tak szeroki zakres analiz, jaki jest zawarty w mapach. Rozporządzenie na chwilę obecną jest dużo węższe niż to, co robimy, a robimy, dzięki temu, że ze środków europejskich możemy szukać nowych analiz i w nowy sposób przedstawiać państwu potrzeby zdrowotne. Bez tych 790 opublikowanych dalej map, w 2022 r. mapy prawdopodobnie ograniczałyby się tylko do rozporządzenia i mielibyśmy problem, który mamy obecnie.

Jedynym sposobem działania jest publikowanie nowych analiz, szukanie nowych źródeł informacji, poprawianie jakości danych, co robimy w projekcie i co jest też powodem jego wydłużania. Stąd pierwotnie ustawa mówiła np. o mapach, które w 2017–2018 r. były tylko mapami z leczenia szpitalnego. Ten stan, zgodnie z ustawą, utrzymywałby się do 2022 r., podczas gdy na chwilę obecną mamy nie tylko leczenie szpitalne, ale całe lecznictwo zamknięte oraz POZ i AOS w ramach map o 30 grupach chorób. Działamy zatem dużo szerzej niż ustawa. To jest proces realizacji całego projektu. Dodatkowe mapy robimy po to, żeby w 2022 r. połączyć wszystko w jedną całość i faktycznie skupić się na poprawie jakości.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

A jesteście państwo aktywni, jeśli chodzi o sposób pozyskiwania danych, żeby były one w pełni rzetelne?

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Jakub Adamski:

Oczywiście, że tak.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Jeżeli bowiem są jakieś dane, mapy, powstają dokumenty, a są znaki zapytania co do źródeł informacji do tych map, to mamy pewien problem.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Jakub Adamski:

To jest kwestia ograniczeń analizy. W momencie, kiedy wszyscy mają świadomość ograniczeń tych danych, będą prezentowane informacje odbierali w kontekście tych ograniczeń. Mamy świadomość, że one występują.

Naszą alternatywą jest niepublikowanie tych danych. Pan przewodniczący pyta o naszą aktywność. Jesteśmy bardzo aktywni, jeżeli chodzi o proces poprawy jakości danych w zakresie bieżącej współpracy z rejestrami i rozmów na temat tego, co możemy wykorzystać, w jaki sposób możemy wykorzystać; które dane będą lepsze, a które będą gorsze. W zakresie takich zadań jak np. infrastruktura, kadry, patrzymy na rozwiązania prawne; jakie dane powinniśmy wprowadzić, żeby konkretne informacje, które są nie tylko obowiązkiem sprawozdawczym dla podmiotów, bo moglibyśmy zarzucić podmioty obowiązkami sprawozdawczymi, żeby mówiły nam wszystko…

Trudność polega na tym, że musimy od podmiotów wyciągnąć te informacje, które są przydatne dla systemu. Nie potrzebujemy np. informacji o każdym sprzęcie, który występuje gdzieś w systemie, nawet najmniejszym. Musimy wiedzieć, o jakim sprzęcie informacja jest tak naprawdę niezbędna do ustalania systemu, który faktycznie będzie wpływał na dostępność świadczeń – to po pierwsze. Po drugie, musimy ustalić tak naprawdę prawidłowe poziomy dostępności tego sprzętu. Chodzi o to, że tak naprawdę, jeżeli w naszym kraju jakiegoś sprzętu na 100 tys. mieszkańców czy na 1 000 000 mieszkańców będzie dziesięć razy mniej niż w Japonii, to pytanie brzmi: Czy w Japonii jest za dużo, czy u nas jest za mało, w którym miejscu jest granica? To są wszystko elementy, które muszą zostać rozpatrzone.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Dobrze, dziękuję panu. Pan poseł Wilczyński, proszę.

Poseł Ryszard Wilczyński (PO):

Tak, dziękuję. Zacznę może od tego, że pan minister pokazał taki diagram, takie trzy obszary, mówiąc, że tak w zasadzie to nie jest zdefiniowane, co to są potrzeby zdrowotne. Mamy zasadniczy problem z aksjologią. Stworzono system – takiego wampira, takiego Nosferatu – i teraz sprawdzamy, czy jest on prawidłowo konstruowany. Tak to trochę wygląda, a może nawet na pewno.

Po pierwsze: mapy to nie mapy. Pokazaliście tutaj chociaż jedną mapę? Czy ktokolwiek pokazał mapę? Dowiedziałem się, że jakaś mapa to jest tysiąc stron opracowania, książka tysiącstronicowa. Mapy to nie mapy.

Proszę mi pokazać albo powiedzieć, gdybym się chciał dowiedzieć, jakie są potrzeby w takim mieście jak Namysłów albo na obszarze powiatu namysłowskiego czy nałęczowskiego, gdzie mam to wyklikać jako obywatel bądź osoba, która ma czymkolwiek zarzą-

dzać. Pod jakim adresem mam wyklikać, czego brakuje społeczności jakiegoś powiatu? To byłoby pierwsze pytanie.

Drugie pytanie wynika z doświadczeń wojewody. Borykałem się z problemem braku miejsc na OIOM-ie. Musieliśmy wozić w ramach systemu pacjenta i wyszukiwać, gdzie można tego gościa jeszcze upchnąć, bo nam brakowało. Czy jesteście w stanie pokazać, gdzie w Polsce brakuje miejsc na OIOM-ie? Co zrobiono z tymi danymi? Czy mamy jakikolwiek fizyczny przykład, że spróbowano zareagować na te deficyty? Od tego zacznę. Jak będę miał odpowiedź na te pytania, to być może przeszedłbym do dalszych konkluzji.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Pani przewodnicząca Elżbieta Stępień.

Poseł Elżbieta Stępień (N):

Dziękuję, panie przewodniczący. Chciałabym zapytać krótko o to, jakie konsekwencje płyną za przekazywanie do ministerstwa nierzetelnych informacji – albo nieprawdziwych, albo niekompletnych? Jakie za tym idą konsekwencje? Być może cała ta mapa, którą próbujecie państwo stworzyć, przypomina troszeczkę budowanie zamków na piasku.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Pan przewodniczący Janusz Śniadek.

Poseł Janusz Śniadek (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo, przyznam, że powiem chyba trochę dosadniej o tym, co, mam wrażenie, między wierszami coraz bardziej wypływa. Owszem, słyszeliśmy w którymś momencie stwierdzenia niemal filozoficzne, że stan faktyczny ma niewiele wspólnego z oczekiwaniami pacjentów. Nasłuchaliśmy się mnóstwa opowieści o tym, jak trudnym i złożonym procesem jest tworzenie tych map, jak wielkie są wątpliwości.

Podsumowanie jest w sumie takie, że są setki ludzi, nie wiem, może tysiące. Wydawane są miliony złotych na efekt, którego jakość jest w ogóle wątpliwa, a publikowane jest to tylko dlatego, że wyborem jest publikować albo nie publikować i to publikowanie jest jedyną ścieżką, która może powoli zmierzać do uwierzytelnienia, uwiarygodnienia danych, zamiast usłyszeć, że absolutnym warunkiem kontynuacji pracy tych setek ludzi i wydawania milionów złotych jest wymuszenie rzetelności danych, żeby to czemuś służyło.

W tej chwili bowiem co? To jest sztuka dla sztuki – tworzenie jakichś danych, żeby coś było. Publikujemy to z zastrzeżeniem, że jest to nic niewarte.

Poseł Elżbieta Stępień (N):

I kosztuje to 40 mln zł.

Poseł Janusz Śniadek (PiS):

Zatem poruszamy się w oparach absurdu. Przyznam, że nie przypuszczałem, że jest aż tak źle. Chciałbym usłyszeć teraz od ministerstwa jakieś wnioski, co zrobić. Żałuję, że nie było tego być może dosadniej w kontroli NIK. Samo ministerstwo wyraża zaskoczenie, że kontrola NIK była tak pozytywna. W każdym razie prezentacja i to, co usłyszeliśmy na posiedzeniu Komisji, są dla mnie zatrważające.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Pan minister wspomniał o działaniach, które mają usprawnić napływ rzetelnych informacji. Czy ktoś z pań i panów posłów chciałby jeszcze w takim razie zabrać głos?

Proszę bardzo, pan poseł Moskal.

Poseł Kazimierz Moskal (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, rzeczywiście wypowiedzi moich poprzedników mają rację bytu. Jest bowiem pytanie zasadnicze: Czy mapa potrzeb zdrowotnych jest potrzebna czy nie? To jest jedno. Co ona daje? Czy jakość systemu zdrowia w Polsce, dzięki temu będzie lepsza czy będzie gorsza? Jeżeli nie będzie map potrzeb i środków, które są ogromne, bo rzeczywiście dziesiątki miliardów jest już wydanych, natomiast jest pytanie, czy będzie wydawane to, co przedstawiliście państwo czy akurat dzięki temu…

Mamy patrzeć przede wszystkim na pacjenta. Czego byśmy nie robili, to każdy system ma uwzględniać pacjenta. Teraz jest pytanie, czy pacjent, dzięki temu, że owe działania są prowadzone, może czuć się bardziej bezpieczny?

Oczywiście z wypowiedzi wynikało, że pewne inwestycje, które mają być realizowane, mają uzasadnienie lub nie mają. Jednak niepokojące są również informacje, które płyną od przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, że dane są nierzetelne. Temat poruszyli pan przewodniczący i pani przewodnicząca. Co zrobiliście w takim układzie w stosunku do osób, które w sposób nierzetelny przedstawiały dane?

Jako Ministerstwo Zdrowia nie możecie też powiedzieć, że was to nie interesuje, bo ktoś, kto powinien dostarczyć rzetelne informacje, nie dostarczył tych informacji. Są obowiązki sprawozdawcze firm i instytucji, które to robią. Nie możecie natomiast przechodzić obok tego, nie widząc tego problemu.

Jest pytanie ogólne: Czy udoskonalone projekty mają w ogóle służyć pacjentowi i czy mu służą? Powiem jeszcze raz: cokolwiek robimy w dziedzinie systemu publicznego, to nie z myślą o tym, żeby system był dla systemu, żeby realizować projekty, cieszyć się, że są pieniądze. Chodzi o to, co z tego ma pacjent i czy rzeczywiście, dzięki tej inicjatywie i tym projektom, możemy powiedzieć, że rzeczywiście system został udoskonalony, a pacjent jest zadowolony. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Pan poseł Wilczyński.

Poseł Ryszard Wilczyński (PO):

Dziękuję. Ciekawy jest przykład wojewody pomorskiego, który stwierdził, że mapa potrzeb zdrowotnych była najgorszym elementem, jaki mu się trafił, jeśli chodzi o diagnozowanie tychże potrzeb.

Jeżeli bierzemy dane sprzed dwóch lat, to zwróćmy uwagę, co to znaczy. Wchodzi program 500+ i mamy skok, przyrost urodzin o 10%. Kiedy go odnotujemy? Dalej – w czasie tych dwóch lat inwestuje się. Zmienia się baza do świadczenia usług. Tego kompletnie nie widać. Te dwa lata to jest obszar, w którym po prostu jak gdyby zupełnie nie łapiemy danych. Dalej – mamy w kraju półtora miliona Ukraińców, którzy u nas pracują. Czy to jest populacja czy to nie jest populacja? Mamy w Warszawie, w całym tym obszarze, przypuszczalnie milion ludzi więcej niż jest zameldowanych. To jest populacja czy to nie jest populacja? Jak traktujecie tych ludzi?

Mam wrażenie, że te mapy są robione jak dla przypisanego do ziemi chłopa pańszczyźnianego, który się nie rusza, i raz na miesiąc jedzie na targ oddalony od jego miejsca zamieszkania o osiem kilometrów. Mamy zupełnie inny świat – ludzie migrują, przejeżdżają, trzeba łapać rzeczy w momencie dziania się. Wtedy można podejmować jakiekolwiek decyzje, np. o kontraktowaniu. Przez dwa lata bowiem zmiany są tej natury, że nie łapie się po prostu zjawisk.

Powiem w ten sposób. W województwie opolskim jest statystycznie milion ludzi, ale zameldowanych jest 826 tys., może już mniej – 200 tys. ludzi nie ma. Zadałem pytanie o powiat namysłowski, bo poszedłem do lekarza rodzinnego i on mi powiedział tak: „Według tego, co wiem, w powiecie namysłowskim jest więcej ludzi starych, z czego wynika, że trzeba tego i tego". Słuchajcie, on mi zrobił w pięć minut mapę potrzeb zdrowotnych dla powiatu. Lekarz POZ, bo jest fachowcem i wie, bo przychodzą ludzie. On wie, czego w tym powiecie trzeba.

Uważam, że stworzono system, który będzie teraz pracowicie doskonalony, mimo że nie stoi na żadnych aksjologicznych podstawach; mimo że jego dane są kompletnie nieużyteczne, jeżeli chodzi o zmienność zjawisk demograficznych, zdrowotnych, wszystkich wynikających z faktu, jak funkcjonuje w tej chwili populacja. Trzeba więc zupełnie zmienić sposób patrzenia na to, bo w istocie ludzie potrzebują dostępności i jakości. Dostępności i jakości – i to on-line, teraz, w tym momencie. Decydować trzeba w tym momencie, w tym roku.

Zatem, jeżeli nie będzie się sięgać do danych, które są aktualne i które mogą pokazywać w systemie, gdzie występują deficyty i dlaczego, to wszystko tak naprawdę to jest

robota głupiego. Kompletnie nie widzę, nie przekonaliście się mnie w najmniejszym stopniu do użyteczności tych danych. Oczekiwałbym np. kilku przykładów…

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Państwo będą jeszcze mieli możliwość wypowiedzenia się.

Poseł Ryszard Wilczyński (PO):

… że była mapa, z tej mapy wyciągnięto wniosek i taki mamy wynik.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Pani przewodnicząca Chrobak.

Poseł Barbara Chrobak (Kukiz'15):

Dziękuję, panie przewodniczący. Mam pytanie do pana ministra o to, czy pan minister miał wiedzę na ten temat, że szpitale nie wykazywały zakażeń szpitalnych? To jest bardzo ważna informacja. Czy mam rozumieć, że było przyzwolenie ministerstwa, żeby takie informacje się nie znalazły?

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Panowie się do tego ustosunkowywali, mówiąc, że nie mieli na to wpływu. To jest z Narodowego Funduszu Zdrowia. Rzeczywiście relacje ministerstwa i Narodowego Funduszu Zdrowia w tej sprawie muszą ulec zmianie. Natomiast nie sądzę, żeby tak było. Proszę państwa, czy ta sprawa była rozpatrywana na posiedzeniu Komisji Zdrowia?

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Jakub Adamski:

Mapy potrzeb zdrowotnych? Nie.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Nie. Pytam, dlatego że weszliśmy troszeczkę w funkcjonowanie w ogóle tego systemu, natomiast mamy zastanowić się nad wynikami kontroli, które zostały przedstawione, a państwo powinni się do nich odnieść. Natomiast pan, panie ministrze, poszedł dosyć szeroko. To też w jakimś sensie spowodowało poszerzenie zakresu naszej dyskusji.

Pan się zgłaszał. Przepraszam, jaką firmę pan reprezentuje?

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia Filip Urbański:

Narodowy Fundusz Zdrowia. Szanowni państwo, chciałbym…

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Narodowy Fundusz Zdrowia. Zatem, pytanie pani wiceprzewodniczącej jest między innymi do pana.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii NFZ Filip Urbański:

Jasne, już wszystko tłumaczę.

Nie chciałbym, żeby pozostało takie przekonanie, że dane są nierzetelne, bo wszystkie zarzuty, jakie państwo stawiali, dotyczą tak naprawdę danych, na podstawie których mapy zostały opracowane – jak myślę – w około 5%. Zatem sprawozdania MZ, sprawozdania z MSW czy sprawozdania ze świadczeń psychiatrycznych to naprawdę bardzo mała część map potrzeb zdrowotnych. 95% materiału została przygotowana na podstawie danych płatnika, czyli danych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Tych danych jest naprawdę bardzo dużo.

Od 2008 do 2016 r., jak myślę, ministerstwo korzystało z około 12 mld rekordów dotyczących informacji o tym, jak pacjenci są w Polsce leczeni. Te informacje były zderzane ze środowiskiem medycznym. Były konsultowane, czy przedstawiają rzetelne dane. Były wybierane w ten sposób, żeby jak najbardziej przedstawiały rzeczywistość.

Teraz jest pytanie, czy one rzeczywiście zostały wykorzystane? W mojej opinii jak najbardziej. Z map onkologicznych była przedstawiona analiza, w której wykazywano, że śmiertelność pacjentów jest dużo wyższa w ośrodkach, które wykonują mniej zabiegów, niż w ośrodkach, które wykonują więcej zabiegów. Oczywiście to w uproszczeniu, odsyłam do mapy potrzeb zdrowotnych i załączników, w których zostało to wykazane.

Na tej podstawie zostały wprowadzone działania, promujące ośrodki, które wykonują odpowiednią liczbę zabiegów w odpowiednich typach nowotworów.

W mapie kardiologicznej porównano przeżywalność pacjentów, którzy mają zapewnioną rehabilitację po zawale z tymi pacjentami, którzy takiej rehabilitacji nie mieli. I znowu zostało wprowadzone działanie nazywające się „Kompleksowa opieka nad pacjentem z zawałem serca”. Ten model już funkcjonuje. To samo było ze świadczeniami w zakresie endoprotezoplastyki, gdzie ministerstwo w mapach potrzeb zdrowotnych pokazywało rozdrobnienie tych świadczeń. Znowu zostały wprowadzone mechanizmy, które premiują, a może w przyszłości będą eliminowały tych świadczeniodawców, którzy wykonują za mało świadczeń. To tak pokrótce odnośnie do rzetelności. Szanowni państwo, naprawdę te uwagi do nierzetelności i do tego, co przekazują szpitale, dotyczą bardzo małego zakresu przedstawionych danych.

W mapach potrzeb zdrowotnych znajdą państwo szeroki zakres informacji o rehospitalizacjach. Pacjenci mogą już zaczynać porównywać między sobą ośrodki na podstawie pewnych zmiennych jakościowych. Rehospitalizacja jest właśnie takim wyznacznikiem. To, czy pacjent, powiedzmy, na oddziałach zabiegowych ma wykonywane zabiegi czy leży zachowawczo też jest takim wyznacznikiem. To, czy pacjentowi po hospitalizacji zapewniana jest opieka ambulatoryjna też jest takim wyznacznikiem. Dwanaście miliardów rekordów, o których państwu powiedziałem, zostało w tych mapach zaprezentowane w sposób umożliwiający analizę i zapoznanie się.

Natomiast jeśli chodzi o kwestię aktualności danych, to pamiętajcie państwo, że system działa w ten sposób, że świadczeniodawca wysyła informacje rozliczeniowe do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Następnie oddział wojewódzki przekazuje je do centrali. W międzyczasie mogą być korekty tych rozliczeń. Zanim Narodowy Fundusz Zdrowia przekaże to Ministerstwu Zdrowia, mamy prawie sześcio- czy dziewięciomiesięczne opóźnienie. Kiedyś te dane trzeba przeanalizować, tak? Kiedyś trzeba na ich podstawie wyciągnąć jakieś wnioski, zastanowić się, w jaki sposób pokazać je państwu – odbiorcom tych dokumentów – w taki sposób, żeby były one interpretowalne. Wchodzimy w jakieś półtoraroczne opóźnienie.

Wydaje mi się, że przy obecnej infrastrukturze nie jesteśmy w stanie skrócić tego czasu. Dlatego też jest część prognostyczna dotycząca map. Starano się w niej odpowiedzieć na pytanie, jakie będzie zapotrzebowanie na poszczególne świadczenia, wynikające ze zmian demograficznych, które opracowuje Główny Urząd Statystyczny. To tak *ad vocem* całej dyskusji.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Krótkie *ad vocem*.

Poseł Barbara Chrobak (Kukiz'15):

Bardzo dużo usłyszałam, ale tak właściwie, to nie usłyszałam odpowiedzi. Tak jak pan przewodniczący powiedział, rzeczywiście to moje wcześniejsze pytanie powinno być skierowane do pana. Powtórzę to pytanie: Dlaczego szpitale nie wykazały zakażeń szpitalnych? Było bardzo dużo innych informacji, ale ja pytam o tę konkretnie. Dlaczego nie było informacji odnośnie do wykazu szpitali, w których były zakażenia?

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii NFZ Filip Urbański:

Pani przewodnicząca, do Narodowego Funduszu Zdrowia nie są przekazywane takie informacje. To idzie w zupełnie innym systemie sprawozdawczym. To idzie w systemie MZ, a nie przez dane zbierane przez Fundusz. Zatem w tej sprawie nie będę się w stanie wypowiedzieć.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Pan chciał zabrać głos, panie ministrze? Proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:

Tak, to są statystyki…

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Panie ministrze, podsumowujemy już w tej chwili. Na końcu głos zabierze przedstawiciel NIK.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:

Rzeczywiście zbyt ambitnie podszedłem do tego zagadnienia. Może to dlatego, że jak gdyby zabolały mnie informacje w raporcie, ale też w prezentacji, dotyczące dużej skali różnego rodzaju patologii, jakie są związane z mapą potrzeb zdrowotnych. W moim przekonaniu i ocenie są one niewłaściwe. Zajmuję się mapami już ponad rok.

Druga rzecz jest taka, że poprawiamy ten system na bieżąco. W tej chwili każda z publikacji map zawiera zdecydowanie inne informacje. To, co odnosi się do danych, które są tutaj też wskazywane, nierzetelne, odnosi się do statystyki publicznej. Na podstawie danych z GUS-u nie podejmujemy decyzji dotyczących tego, co pan poseł przedstawiał, czyli dotyczących konkretnego powiatu czy konkretnego rozwiązania – mając informację na temat tego elementu, związanego z rzetelnością i czasem zbierania danych.

Przedstawiałem owe obszary. To jest właśnie aksjologia dotycząca szacowania potrzeb zdrowotnych. Te potrzeby zdrowotne są również inne z perspektywy lekarza rodzinnego w Namysłowie, inne z perspektywy pacjenta, a inne są zobiektywizowane, gdzie trzeba podjąć konkretną decyzję o konkretnym miejscu i konkretnej inwestycji.

Poseł Ryszard Wilczyński (PO):

To co pokazuje mapa, panie ministrze?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:

Nie mamy ze sobą prezentacji dotyczącej mapy i wskazania czy województwa czy konkretnego powiatu lub obszaru. Jeżeli jednak pan dyrektor tu gdzieś wyklika, to pokażemy, na czym polega ta mapa. Mamy połączenie z internetem? Nie mamy.

Poseł Ryszard Wilczyński (PO):

Pokażcie choć jedną.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:

Pan dyrektor z NFZ przedstawiał, jakie są elementy wykorzystania danych opublikowanych już w mapach potrzeb zdrowotnych. One dotyczą onkologii, kardiologii, ortopedii, zaćm, kolejek. Dotyczą tych elementów, których przed mapami potrzeb zdrowotnych nie mieliśmy. To są modyfikacje, które realizujemy, bo to są wyniki do wykorzystania.

Zatem nie zgadzam się, że nie była robiona aksjologia. Zastaliśmy projekt, który w dużej mierze odnosił się do części świadczeniodawców. Obudowujemy go teraz oczekiwaniami i konkretnymi w miarę zobiektywizowanymi danymi.

Odnośnie do zakażeń szpitalnych, to rzeczywiście są problemem sprawozdawczości w GUS-ie, z tym że zakażenia wewnątrzszpitalne są raportowane jeszcze do inspekcji sanitarnych. W związku z tym mamy na bieżąco informacje od inspektorów sanitarnych. W przypadku, kiedy jest kontrola konkretnego szpitala, np. z tego powodu, że wystąpiło zakażenia wewnątrzszpitalne – bo są to też jeszcze różne parametry – to ta kontrola dokładnie i precyzyjnie określa poziom. Oczywiście na podstawie tego nie jesteśmy w stanie wykazać, czy zakażenia wewnątrzszpitalne w tym szpitalu dotyczą 2% czy 5% tego typu danej statystycznej. Natomiast stan wystąpienia poprzez inspekcję sanitarną jesteśmy w stanie stwierdzić.

Rzeczywiście zbyt ogólnie podszedłem do tego elementu. Być może odnosząc się do poszczególnych zarzutów, np. braku pełnej grupy ekspertów, dałoby to inny obraz. Tam, gdzie nikt z ekspertów się nie zgłosił…To jest przetarg, to znaczy konkurs otwarty. W związku z tym, jeżeli np. w endokrynologii nie mamy lekarzy, posiłkujemy się specjalistami krajowymi, wojewódzkimi. To są tacy sami eksperci kliniczni, jak ci wyłonieni w konkursie – jeżeli taka jest sytuacja.

To są tego typu rzeczy, które chciałem przekazać w odniesieniu do tego opracowania, jak widzę – nieudolnie. Nie zgadzam się z totalną krytyką. Mamy wreszcie zbiór danych…

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

To już pan mówił. Jakby pan jeszcze wychwycił takie podstawowe elementy pytań, które padły.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:

Starałem się te, które zapamiętałem.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii MZ Jakub Adamski:

Mapy zawierają analizy, które są tak naprawdę podstawą do pewnego wnioskowania. Pan poseł pyta o możliwość uzyskania informacji. To nie jest tak, że w mapie jest jedno miejsce, z którego wyciągnie się informacje „Namysłów" i powie się: potrzeby są takie. Nie byłoby to możliwe do zrobienia przy tej liczbie danych i przy tych ramach czasowych. Proszę zauważyć, że stąd również w ustawie od początku cały proces jest skonstruowany wielostopniowo. Są mapy. Rozporządzenie mówi o zawarciu w mapach analiz, a do poziomu województw i szczegółowych analiz co do potrzeb, gdzie powinny iść kierunki rozwoju inwestycji itp. – to przypada wojewodom do przygotowania w ramach priorytetu dla regionalnej polityki zdrowotnej.

Zadaniem, które wykonujemy w ramach Ministerstwa Zdrowia, jest to, że staramy się maksymalnie uprościć ten proces po stronie wojewodów. W taki sposób, że przygotowaliśmy np. sposób opracowywania tych priorytetów. Wskazujemy na różnego rodzaju wnioski z map w postaci innych opracowań, nie tylko map jako samych dokumentów, ale i dodatkowych analiz i pokazanych krótko przez pana ministra slajdów z wnioskami i rekomendacjami płynącymi z map, które pozwolą na interpretację danych.

Oczywiście, jeżeli do ministra zdrowia trafia takie pytanie, co wynika z map dla jakiegoś województwa czy dla danego podmiotu, to udzielamy często odpowiedzi na takie pytanie, gdy takie pytanie pada z KPRM czy wynika z tego, że jest zapotrzebowanie przy konkretnych inwestycjach. Tak samo dzieje się np. przy procesie opiniowania i ocenie celowości inwestycji.

Proszę pamiętać, że układ map i ich zawartość są ułożone w pewnym celu. Poszliśmy dużo szerzej w rozmowie o tym, czego chcielibyśmy od map potrzeb zdrowotnych, zapominając o pewnym punkcie wyjścia. Mapy potrzeb zdrowotnych jako dokumenty i to jak został stworzony system były odpowiedzią na bardzo konkretne zapotrzebowanie w owym czasie, czyli na to, żebyśmy mogli wydawać środki europejskie. Czy możemy obecnie wydawać środki europejskie, dzięki mapom i czy system jest dzięki temu lepszy? Tak, oczywiście, jest dużo lepszy – w sposób bardzo prosty. W sposób taki, że np. mamy rekomendacje wydawane na poziomie Komitetu Sterującego, które odnoszą się bezpośrednio do map potrzeb zdrowotnych i które np. mówią: „Daną inwestycję w danym miejscu można zrobić albo danej inwestycji nie można zrobić". Akcelerator można kupić w takich miejscach, które zostały wskazane i opracowane w mapie – dosłownie w postaci mapki. Jeżeli jest jednak w innych miejscach albo jeżeli już jest np. dobry akcelerator, to musi być powyżej 10 lat. To są konkretne informacje, na co mogą być wydane pieniądze. Chodzi więc o pierwotny cel, z którym były powiązane mapy, a więc też o strukturę informacji w nich zawartych. One były powiązane z wydatkowaniem środków europejskich. Stąd też nie jest dziwne, że w pierwszej kolejności szliśmy w obszary, które pozwalają na wydatkowanie tych środków.

Jak pan minister mówi i od początku stara się przekazać, znamy teraz większe możliwości systemu, jeśli chodzi o to, co moglibyśmy przedstawiać i na jakie jeszcze sposoby moglibyśmy wykorzystywać mapy. Rozumiem, że jeżeli usłyszymy „mapy potrzeb zdrowotnych", to mamy od razu wrażenie, że jesteśmy w stanie z nimi zrobić wszystko. Bardzo chcielibyśmy do tego dojść, ale musieliśmy tam dojść pewnymi krokami. Pierwszym krokiem było odpowiedzenie na bezpośrednie zapotrzebowanie – infrastrukturę, zakup nowego sprzętu. Myślę, że ten cel jest realizowany bardzo dobrze.

To są bardzo konkretne przykłady. Możemy powiedzieć o tych przykładach, gdzie środki zostały wydane i o tych, gdzie środki nie zostały wydane, gdzie zostały podpisane kontrakty z NFZ itd. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Zdrowia NIK Piotr Wasilewski:

Odniosę się na koniec do tego, co mówił przedstawiciel NFZ. Prace nad mapami potrzeb zdrowotnych ujawniły jeszcze jedno bardzo niepokojące zjawisko. Najwyższa Izba Kontroli sygnalizuje je od lat. To jest kwestia rozbieżności między danymi rozliczeniowymi, czyli tymi danymi, które otrzymuje NFZ, a danymi znajdującymi się w rejestrach. Z jednej strony może to świadczyć o tzw. zjawisku upcodingu, czyli wykazywaniu przez świadczeniodawców zawyżonych procedur, żeby uzyskać lepsze finansowanie, a z drugiej strony o niepełnej rejestracji przypadków w rejestrach. Rejestry te nie są bowiem powiązane z płatnościami. To też jest uwaga pod adresem ministra zdrowia, że w pracach nad dalszymi edycjami map trzeba zrobić dokładne analizy w tym zakresie – żeby nie było tych rozbieżności. Dziękuję.

Poseł Ryszard Wilczyński (PO):

Jednak poproszę, panie przewodniczący, dobrze? Przepraszam, ale chyba tak naprawdę chodzi o to, żeby społeczeństwo miało możliwość podjąć dialog czy uczestniczyć w procesie dobrego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych.

Wezmę przykład ustaw związanych ze środowiskiem. Chodzi o ustawę o dostępie do informacji o środowisku. To, w czym jesteśmy, jest głębokim średniowieczem, dlatego że ktokolwiek nie ma najmniejszych szans podjąć jakiekolwiek dyskusji z wojewodą, czy prawidłowo ustalił priorytety. Jest to bowiem wiedza tajemna, ukryta i po to, żeby z tych tysięcy stron można było wyciągać jakieś wnioski. Jeszcze napisaliście instrukcję wojewodom. Tak zrozumiałem pana wypowiedź. Tak długo, jak mapa potrzeb zdrowotnych, nie będzie taka właśnie, że otwieram daną populację, definiuję ją sobie i potem patrzę: „Tu są wyższe potrzeby w takim zakresie, w takim zakresie i w takim zakresie", tak długo polityka prozdrowotna samorządów, które mają wydawać pieniądze na profilaktykę – zresztą państwo zachęca do tego samorządy – nie będzie możliwa.

To musi być kierunek tworzenia map, aby społeczeństwo i ci decydujący na samym dole mieli z tego bezpośrednią korzyść. Chodzi o to, żeby było też transparentne, jasne i oczywiste dla obywatela, na co wydawane są publiczne pieniądze i czy kierowany strumień środków jest kierowany dobrze. To jest zasada. To jest podstawowa kwestia nowoczesnego społeczeństwa, że obywatel jest w stanie zweryfikować, opierając się na rzetelnych informacjach, decyzje władzy. Teraz takiej możliwości absolutnie nie ma. Sam pan bowiem powiedział, że musielibyśmy z tych opasłych tomisk, z tego albumu – nie wiem, przypuszczam, że to będzie z kilkaset tysięcy stron, gdybyśmy dołożyli wszystkie mapy, skoro jedna ma tysiąc stron… Obywatel nie ma z tym systemem żadnych szans. To chciałem powiedzieć.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:

Chcę się odnieść, bo to nie jest tak, że obywatel nie ma szans. Mapy są publikowane. W związku to nie jest tak, że tych danych…

Poseł Ryszard Wilczyński (PO):

Ile tysięcy stron, panie ministrze?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Józef Król:

Ale tych tysiące stron odnosi się do 30 zakresów, w jakich obywatel ma oczekiwania. Możemy wejść w taką sytuację, że potrzebujemy informacji o wszystkim w danym momencie. Takich potrzeb przeciętny obywatel nie posiada. Przeciętny obywatel, jeżeli chodzi np. o – co było już mówione – dane dotyczące miejsc, w których są wykonywanie zabiegi wszczepienia endoprotrezy i ocenę tych jednostek, jest w stanie to zrobić. Przeciętny obywatel, jeżeli popatrzy, ile jest świadczeń w poszczególnych szpitalach z zakresu kardiologii i podpisanej umowy, np. to, co żeśmy też wskazali w formie koordynowanej opieki kardiologicznej – też jest w stanie to zrobić. Tam, gdzie ma możliwość rehabilitacji kardiologicznej, jest w stanie to znaleźć.

To nie jest system gotowy od razu. Czy mieliśmy lepszy system dwa lata temu, jak zaczynaliśmy z funkcjonowaniem map? Otóż nie. Wydawaliśmy pieniądze w obszarach,

w których nie powinniśmy ich wydawać. Budowaliśmy szpitale tam, gdzie nie powinno być szpitali. Finansowaliśmy świadczenia, które nie były nawet potrzebne, tylko dlatego, że ktoś lokalnie miał ambicje, żeby to zrobić.

Proszę nie mówić w tym kontekście, że teraz nie ma takiej możliwości. Mamy zdecydowanie lepsze możliwości, a o tych kierunkach powiedziałem w swojej prezentacji. Dokładnie tak jak pan poseł wskazał.

Przewodniczący poseł Wojciech Szarama (PiS):

Proszę państwa, bardzo państwu dziękuję.

Widzę, że ta sprawa powinna być kontynuowana na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Wydaje mi się jednak, że chodzi o pewne rozwiązania systemowe. Koniec końców, jak coś się będzie działo, to będzie za to odpowiedzialny minister zdrowia. Często nie rozróżnia się i nie zna się po prostu szczegółowych kompetencji zakładu higieny, Narodowego Funduszu Zdrowia. Na samym końcu skupia się to na ministrze. Sądzę więc, panie ministrze, że powinniście dążyć do takiej sytuacji, żeby wprowadzić takie rozwiązania prawne, które będą powodowały, że spływające do ministerstwa dane, jakie są używane przy tworzeniu map, będą maksymalnie rzetelne. Nie powinno być takiej sytuacji, że nie możecie w żaden sposób oddziaływać na źródło informacji. Nie macie możliwości przymuszenia do rzetelnego działania.

To jest początek działalności przy tworzeniu map. Zostało to podkreślone. Trudno tego nie zauważyć. W innych krajach, jak pani przewodnicząca mi pokazała, np. w Niemczech czy we Francji – istnieje to od wielu lat i wygląda to tam trochę inaczej. My dopiero zaczynamy.

Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, to uznam, że Komisja przyjęła informację Najwyższej Izby Kontroli. Nie ma. Dziękuję państwu bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji do Spraw Kontroli Państwowej.